Lane Medical Library 1888

Zwei Fälle von Ileus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 10. Februar 1888

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Nathan Golliner

prakt. Arzt.

Opponenten:

Wilhelm Kröning, cand. med.
Richard Jacoby, cand, med.
Martin Bodenstein, stud. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1888.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154001_0273

Meiner theuren Mutter

in Liebe gewidmet.

Die beiden nachstehenden Fälle sind mir schon 1885 durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Dr. Helferich zur Verfügung gestellt worden.

Ich habe dieselben damals leider nicht veröffentlichen können, bin indessen in Anbetracht der Thatsache, dass die Frage der Ileus-Behandlung nach den Verhandlungen des Chirurgen-Congresses vom April 1887 brennender als je geworden ist, der Meinung gewesen, auch jetzt noch mit der Mittheilung der in Rede stehenden Fälle einen immerhin verwerthbaren Beitrag zur Casuistik des Ileus zu liefern.

Fall I.

Friedrich Boots, Segelmacher aus Wolgast, 65 Jahr alt, wurde nach den Angaben seines ihn bisher behandelnden Arztes von einem ziemlich acut einsetzenden Ileus vor 11 Tagen befallen und während dieser Zeit erfolglos mit Calomel und Darmausspülungen behandelt. Nach seiner Aufnahme in die Greifswalder medicinische Klinik am 31. Oktober 1885 erhält Patient ebenfalls Darmausspülungen und Drastica in grösseren Dosen. Da indessen selbst forcirte Darminjectionen ohne Erfolg bleiben, im

Gegentheil der Meteorismus immer stärker, das Allgemeinbefinden immer schlechter wird, wird Patient noch an demselben Tage, am 31. X. 85, nach der chirurgischen Abtheilung des Krankenkauses translocirt, behufs schleuniger Vornahme einer Operation.

Patient ist stark anämisch, der Leib hochgradig durch Gas aufgetrieben. Die Haut blass und feucht, die Extremitäten kühl. Der Puls ziemlich voll, aber leicht zusammendrückbar. Patient erbricht des öfteren gelbliche, nicht gerade specifisch faeculent riechende Massen.

Operation.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt in der linea alba drängen sich die stark meteoristischen Därme plötzlich hervor. Eine Revision der Intestina, welche vom Dünndarm bis zur valvula Bauhini hyperämisch und mit Koth gefüllt, von dort ab anämisch und sehr gashaltig sind, ergiebt nur einige Netzadhäsionen, welche sofort gelöst werden.

Der atonische Darm kann wegen seiner hochgradigen Füllung nicht völlig reponirt werden. Die Anlegung eines anus praeternaturalis in der dem processus vermiformis zunächst gelegenen grossen Dünndarmschlinge hat die Entleerung von Gas und reichlichem dünnflüssigem Koth zur Folge. Nachdem die incidirte Schlinge hervorgezogen ist, wird die Bauchnaht angelegt.

Während der unter Narkose vor sich gehenden

Operation collabirt der Patient. Indessen giebt er nach Beendigung der Narkose an, dass er sich erleichtert und freier fühlt. Weiterhin nimmt er Eispillen. Um 12 Uhr Nachts klagt er plötzlich über ausserordentlich heftige Leibschmerzen. Er erhält Morph. muriat. 0,01. Um $^3/_4 3$ erfolgt der Exitus letalis im Collaps.

Sectionsbericht.

In der Medianlinie des Bauches befindet sich eine ca. 18 cm. lange Wunde mit Nähten. In der Mitte der Wunde tritt nach aussen eine Dünndarmschlinge zu Tage, welche sehr stark geröthet ist und in der Mitte eine ca. 2,5 cm. lange Oeffnung aufweist, deren Ränder in einem Umkreise von 0,5 cm. schwarz gefärbt sind. Die Länge der freiliegenden Schlinge beträgt etwa 6 cm. Durch einen vom processus ensiformis in den oberen Winkel der Wunde und einen andern vom untern Winkel der Wunde bis zur Symphyse führenden Schnitt, dem ein dazu senkrechter in der Gegend des Nabels hinzugefügt wird, wird der Bauch geöffnet. Es zeigt sich die Leber, den untern Rippenrand um etwa 4 cm. überragend. Unter dem Leberrande tritt, sehr stark ausgedehnt, die Gallenblase hervor. Dieselbe, ausserordentlich schlaff, besitzt eine Länge von 11,5 und eine Dicke von 5 cm. Das colon transversum ist blass und stark contrahirt. Vom Magen ist nur ein etwa zwei Finger breiter Streifen zu sehen. Das

Netz ist an seinen beiden äussersten und untersten Punkten, rechts sowohl wie links, unterbunden. Verwachsungen sind nirgends sichtbar. Der Dünndarm ist äusserst schlaff. Sein peritonealer Ueberzug zeigt an zahlreichen Stellen fibrinöse Auflagerungen. Auch ist derselbe stark geröthet und injicirt. Vereinzelt finden sich zwischen ververschiedenen Dünndarmschlingen Verklebungen. In der Bauchhöhle befindet sich nur ganz wenig von einer grüngelben, mit weissen Flocken untermischten Flüssigkeit. Die Hauptmasse des Dünndarms ist frei beweglich.

Der Processus vermiformis erweist sich als an seinem unteren Ende mit einer 5 cm. nach aufwärts von der Klappe gelegenen Dünndarmschlinge verwachsen. Von derselben Stelle gehen faserige und mit Blutgefässen versehene Verwachsungen zu einer darüber gelegenen Dünndarmschlinge Von der der Ansatzstelle des Mesenteriums gegenüberliegenden Stelle derselben Dünndarmschlinge zieht sich eine derbe strangartige Verwachsung zum colon ascendens. Die Breite der ersten Verwachsung beträgt ungefähr 2,5 cm., die Länge der zweiten ebensoviel. In einer Entfernung von 2 cm. von der Stelle, wo der Processus vermiformis verwachsen ist, geht ein zweiter bindegewebiger Strang von der freien Seite des ileum zum mesenterium. Die oben beschriebene Darmwunde ist ca. 9 cm. oberhalb der Verwachsungsstelle gelegen. — Die Milz, derb, graublau

verfärbt, ist 8 cm. lang, 5 cm. breit und 2 cm. dick. Die rechte Niere ist 11 cm. lang, 6,5 cm. breit und von normaler Beschaffenheit; ebenso die linke Niere. Auf der Schnittfläche sind beide Nieren mässig cyanotisch. Die Leber ist 17 cm. lang, 24 cm. breit, 6 cm dick. Die Galle ist dunkelbraun gefärbt und sehr flüssig. Ihre Menge beträgt ungefähr 400 ccm. Die Wandungen der Gallenblase sind dünn und sehr schlaff Im Jejunum findet sich über der Operationsstelle neben reichlicher Galle hellgelber, breiiger Inhalt, im Magen dünner Speisebrei.

Fall II.

Christian Goldberg, 49 Jahre alt, Schafmeister aus Ladebow.

Trotzdem er ausserordentlich regelmässig lebte, litt er doch öfters an Stuhlverstopfung, gegen welche er einen abführenden Thee gebrauchte. Sein jetziges Leiden entstand ganz acut. Noch am Sonntag, den 3. XI. 85, an welchem Tage er das letzte Mal Stuhl hatte, befand er sich völlig wohl. Tags darauf war er gezwungen, sich wegen heftiger Schmerzen in der Magengegend zu Bett zu legen. Sein Leib wurde dick und bretthart. Wenn Patient sich im Bette aufrichtete, wurde ihm übel. Erbrechen musste er, besonders in der folgenden Nacht, so oft und unter solchen Qualen, dass er schleunigst einen Arzt consultirte. Derselbe verschrieb ihm eine Medicin und verordnete ihm Eingiessungen. Stuhl erfolgte trotz-

dem nicht; im Ganzen also seit 10 Tagen nicht. Auch das Erbrechen währte, wenn auch in vermindeter Stärke, fort. Das letzte Mal hat Patient angeblich gestern, am 12. XI., erbrochen.

Patient ist ein muskulöser Mann von kräftigem Knochenbau. Seine Gesichtsfarbe ist blass, der Gesichtsausdruck ängstlich, die Augen glänzend. Facies peritonitica. Der Leib ist stark aufgetrieben. Einzelne hervorgewölbte Darmschlingen sind nirgends sichtbar. Ueberall tympanitischer Percussionsschall. Die untere Lebergrenze ist höher gerückt. Die Respiration ist angestrengt und stöhnend. Der Puls ist klein und leicht zusammendrückbar. Patient erbricht, seitdem er sich im Universitäts - Krankenhause befindet, zweimal exquisit faeculent riechende Massen, das eine Mal von grün-galligem, das andere Mal von gelb-faecalem Aussehen. Er erhält zunächst die Kussmaul'schen Magenausspülungen und darauf Eingiessungen vom rectum aus. Nach einigen Eingiessungen unter hohem Druck entleert sich das Wasser erst ungefärbt, dann, nachdem eine Magensonde ganz in das rectum eingeführt worden ist, mit faeces vermischt. Kurz darauf erfolgt zweimal spontan breiiger Stuhl (im Ganzen etwa 300 ccm). Da sich Collaps einstellt, erhält Patient Excitantien, nebenher mit Rücksicht auf wieder vom Neuen auftretende Schmerzen Morphium und Eispillen. In der Nacht richtet er sich häufig in grosser Angst im Bette auf. Sein Gesicht fällt immer mehr zusammen, sein Leib ist

bretthart aufgetrieben und bei Berührung sehr schmerzhaft. P. stöhnt laut. Der Puls wird trotz der Anwendung von Excitantien mit rapider Geschwindigkeit schwächer. Um $^3/_4 5$ Uhr Morgens stirbt G. in Collaps.

Sectionsbericht.

Der Thorax ist in seiner untern Hälfte stark abgeflacht. Die Bauchdecken sind hochgradig gespannt. Der Nabel ist eingezogen. Der rechte Hoden fühlt sich viel consistenter an, als der linke. Das Unterhautzellgewebe ist am Abdomen nur sehr spärlich entwickelt und von ziegelroter Farbe. Nach völliger Eröffnung der Bauchdecken drängt sich der durch Gas stark aufgetriebene Darm stürmisch hervor. In der Bauchhöhle findet sich eine gelbgrünliche, mit Flocken untermischte Flüssigkeit vor. Das omentum erweist sich als sehr fettarm und ist schürzenartig über die Dünndarmschlingen verbreitet. Das colon transversum ist von mehr als normaler Weite, die Dünndarmschlingen sind blauroth verfärbt. Die Leber überragt den Rippenbogen nach unten um die Breite von vier Fingern. Die Oberfläche der Därme ist feucht. Faserstoffniederschläge sind nicht vorhanden. Die Untersuchung des Leistenkanals ergibt, dass derselbe links geschlossen ist. Rechts ist er offen. Eine Darmschlinge steckt jedoch nicht darin. Die venösen Gefässe des omentum sind stark gefüllt. Die Darmwände sind ödematös und

schlaff. Sie sind reichlich mit dünnflüssigem Inhalt gefüllt, welcher auf Druck unter gurgelndem Geräusch nach oben und unten ausweicht. Verwachsungen des omentum sind nicht vorhanden. Im Magen findet sich schleimiger, bröckliger, gelblich gefärbter Inhalt vor. Beim Zurückschlagen einer stark dilatirten Dünndarmschlinge zeigen sich unmittelbar vor dem fünften Lendenwirbel vier stark contrahirte, einem Hundedarm ähnliche kleine Dünndarmschlingen, die von einer unmittelbar vorhergehenden stark dilatirten Dünndarmschlinge von unten her umgeben werden. Da, wo die erweiterte Schlinge mit der verengerten in Verbindung steht, ist eine Achsendrehung nach unten und hinten vorhanden. An der Stelle dieser Achsendrehung geht eine Adhäsion von der vorderen Seite des Dünndarms als dünner Strang nach dem Mesenterium. Die Länge derselben beträgt 2,5 cm., ihre Breite 2 cm. Unmittelbar neben dieser Stelle existirt noch eine zweite Adhäsion zwischen dem Dünndarm und der Basis des mesenteriums. Diese Adhaerenz ist 2,5 cm. lang und 2 cm. breit und besteht aus mehreren bandartigen Strängen. Sie sitzt 210 cm. hoch über der Bauhinischen Klappe. Im Uebrigen ist der Dünndarm in seiner ganzen Ausdehnung bis zu dem Volumen eines Fingers contrahirt. Nach Zurückschlagen desselben zeigt sich der processus vermiformis in der Adhaerenz zwischen Dünndarm und mesentrium ein-

geschlossen. Der Verlauf des Wurmfortsatzes ist parallel zum Ileum in der Weise, dass seine Spitze nach oben zur Verwachsungsstelle geht. Diese letztere befindet sich in der Höhe der Mitte des S. Romanum. Beim Einschneiden des stark contrahirten Theiles des unteren Ileum finden sich nur schwache Spuren einer gelblich gefärbten schleimigen Masse bis zur Einmündung des ileum in das coecum. Der Inhalt des Coecum ist reichlich, bröcklich, durch Galle schmutzig gelb gefärbt; ähnlich der Inhalt des colon ascendens und transversum, nur etwas grobkörniger. Im colon descendens wird der Inhalt wieder flüssiger; im unteren Theil des S. Romanum, der stark contrahirt ist, befinden sich nur wenige bröcklige Massen. Die Leber ist etwas kleiner, als normal und von blaurother Farbe.

Bekanntlich ist die Frage der therapeutischen Behandlung des Ileus noch lange nicht abgeschlossen, wie Madelung*) sagt: „das Capitel der operativen Behandlung der innern Darmeinklemmung ist auch heut noch eines der dunkelsten Capitel der gesammten Chirurgie.“ Das ist auch weiter nicht zu verwundern. Wenn man bedenkt, wie sehr jede Therapie von der Diagnose abhängig, und wie schwierig dieselbe gerade bei Ileus zu stellen ist, weil ihn die mannig-

*) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 16. Congress. Berlin 1887.

faltigsten Ursachen erzeugen können: Coprostase, Fremdkörper, Gallensteine, Kothsteine, selbst zusammengeballte Darmparasiten, Strukturveränderungen der Darmwand, Innervationsstörungen, Dislokationen, wie Achsendrehungen, Invaginationen, Intussusceptionen, innere und äussere Hernien, Neoplasmen, Narben (als Residuen von Geschwüren), angeborne Atresie des anus, Peritonitiden etc. können zu Darmverschluss Veranlassung geben. Dass diese ausserordentliche Mannigfaltigkeit der Ileus-Ursachen die Stellung der richtigen Diagnose aufs erheblichste erschweren muss, unterliegt wohl keinem Zweifel, besonders, wenn man bedenkt, dass die Anamnese nur selten zu verwerthen ist, und die Diagnose in Anbetracht des gewöhnlich ziemlich bedenklichen Zustandes des Patienten durch keine sehr eingreifenden Untersuchungsmethoden unterstützt werden kann, während sie andrerseits in der grossen Mehrzahl der Fälle ausserordentlich eilig ist. Ausserdem sind die Hilfsmittel, die uns sonst zur Stellung der Diagnose zur Verfügung stehen, weder sehr zahlreich, noch sehr verlässlich.

Bezüglich des Ortes, an dem das Hinderniss sich befindet, wird uns die von Jaffé vorgeschlagene Untersuchung auf Indican vielleicht ganz allgemein orientiren. Ein ausserordentlich stürmischer Verlauf aller Symptome, sehr heftiges und wiederholtes Erbrechen, übermässige Schmerzen, kurz eine Steigerung aller nervösen Erscheinungen, ohne dass der

Meteorismus sehr bedeutend ist, eine verminderte Diurese etc. werden uns einen Verschluss des Dünndarms vermuthen lassen, indess immerhin nur vermuthen lassen.

Die Natur des Hindernisses werden wir hin und wieder zu erkennen im Stande sein, wenn dasselbe an irgend einer Stelle palpabel ist, wenn es sich um sichtbare Einklemmung äusserer Hernien handelt. Wir werden es leicht für eine Invagination halten, wenn die Ileus-Erkrankung kleine Kinder betrifft. wir werden auf eine Coprostase schliessen, wenn die Anamnese Diätfehler ergiebt u. s. w. Dagegen werden wir fast nie im Stande sein, zu entscheiden, ob es sich um eine Incarceration oder Darmverschlingung handelt, während andrerseits diese Frage von einschneidender chirurgischer Bedeutung ist.

Und ferner, so sehr auch die Frage der Behandlung des Ileus in jüngster Zeit in den Vordergrund des chirurgischen Interesses getreten ist, so wenig sind in andrer Beziehung in neuerer Zeit Beiträge zur Erleichterung der Diagnosenstellung geliefert worden. Es ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass, wenn grössere Eingiessungen vom rectum aus vertragen werden, diese Thatsache auf einen hohen Sitz des Hindernisses schliessen lässt. So werthvoll dieser Befund auch ist, so wird er sich doch nicht immer als brauchbar erweisen.

Wenn daher Schede in seinem Vortrage auf dem „Chirurgen-Congress“ vom April 1887

sagt: „Ich glaube im allgemeinen den Satz aufstellen zu müssen, dass die Ileus-Erscheinungen um so stürmischer auftreten, der Collaps um so rascher eintritt, je plötzlicher und vollständiger der Darmverschluss zu Stande kommt, und je mehr es sich um eine wirkliche Einklemmung, nicht bloss um ein Hinderniss der Kothcirculation, ohne besondere Insultation der Darmwandung, handelt. Als dritter Faktor ist der Sitz des Hindernisses zu nennen, insofern ein höherer Sitz des Verschlusses heftigere Erscheinungen und namentlich stürmischeres Erbrechen verursacht u. s. w.“, so ist das im wesentlichen nichts Neues. Andrerseits ist es aber ausserordentlich zu bedauern, dass wir bezüglich der in Betracht kommenden diagnostischen Hülfsmittel nicht schon weiter gekommen sind. Sicher wären wir auch bezüglich der Ileus-Therapie auf einem ganz andern Standpunkt; und wenn Schede in dem erwähnten Vortrage weiterhin sagt: „Die Zukunft der Ileus-Frage beruht, ich wiederhole es, auf einer möglichst frühzeitigen exacten Diagnose“, so wird sicherlich Niemand dagegen Widerspruch erheben.

Gerade deswegen, weil die Frage der exacten Diagnose z. Z. noch nicht gelöst ist, harrt auch die innig mit ihr zusammenhängende der exacten Behandlung des Ileus noch immer ihrer Lösung, und gerade darum machen sich beim Versuch der Lösung derselben noch so viele Meinungsverschiedenheiten geltend.

Im allgemeinen stimmt man zunächst in chirurgischen Kreisen darin überein, den Ileus-Kranken nicht zu lange in der Behandlung des innern Mediciners zu lassen. Rydygier sagt in dieser Beziehung in seinem Vortrage: „Beitrag zur operativen Behandlung innerer Einklemmungen“*), ausdrücklich: dass durch die Anwendung der Magenpumpe z. B. oft der richtige Augenblick zur Laparotomie versäumt würde, daher: „die Anwendung der Magenpumpe bei innerer Einklemmung längere Zeit fortgesetzt, ist in den meisten Fällen gefährlicher, als die Laparatomie.“

Noch weiter geht Credé in seinen Bemerkungen gelegentlich der Diskussion über den erwähnten Vortrag von Rydygier. „Nach seiner Ansicht wird es nie möglich sein, die meisten der an Ileus leidenden Kranken so zeitig dem Chirurgen zuzuführen, dass in der Mehrzahl der Fälle mit Aussicht auf Erfolg operirt werden kann. Er glaubt daher, dass das zu erstrebende Ziel hier nur darin bestehen müsse, zu einer Zeit zu operiren, wo wir günstigen Verhältnissen gegenüber stehen. Auf Grund der Erfahrungen an zahlreichen Ileus-Operationen ist Credé zu der Ueberzeugung gekommen, dass bei sieben Achteln sämmtlicher Ileus-Fälle die Ursache der Erkrankung keine acute ist, sondern eine schon lange bestehende, und dass nur

*) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 16 Congress. Berlin 1887.

durch Hinzutritt eines gelegentlichen Ereignisses der Zustand drohend wird. Wenn in diesem frühen Stadium, selbstverständlich nur bei entsprechender Schwere und Dauer der Erkrankung und der Erschöpfung anderer Mittel, das Publikum und die Aerzte sich daran gewöhnen würden (was nach Analogie der Entwickelung der Laparatomie bei andern Krankheiten in Zukunft anzunehmen ist), den Chirurgen zu Rathe zu ziehen, so würde eine grössere Anzahl von Kranken von ihrem Leiden früher befreit werden können, und viele von ihnen vor dem Eintritt einer völligen Darmocclusion bewahrt bleiben. Credé ist natürlich weit davon entfernt, behaupten zu wollen, dass alle schweren chronischen Fälle von Unterleibskoliken operirt werden müssten, glaubt aber, dass in den Fällen namentlich, wo sich die Koliken, typisch und regelmässig wiederkehrend, auf bestimmte Theile des Unterleibes erstrecken, es in Zukunft durchaus angezeigt sein wird, den nach dem jetzigen Zustande der Wissenschaft nahezu ungefährlichen Bauchschnitt vorzunehmen, und dass man in solchen Fällen ein mechanisches Hinderniss der Darmthätigkeit vorfinden wird, welches meisst operativ zu beseitigen sein dürfte. Credé ist der Ansicht, dass es dringende Pflicht der Chirurgen ist, in den Kreisen der praktischen Aerzte die Ueberzeugung von der Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit dieser dem Ileus vor-

beugenden Operation zu verbreiten und dadurch einer grossen Anzahl von Kranken, die sonst dieser fürchterlichen Krankheit zum Opfer fallen würden, das Leben zu erhalten. Auf Grund dieses Gedankenganges sind nach Credé, soweit seine Kenntniss reicht, vor ihm schwere chronische Unterleibskoliken operativ noch nicht behandelt worden." Sein Gedankengang ist jedenfalls ein ausserordentlich beachtenswerther. Damit indessen auch andiatur altera pars, kann ich mir nicht versagen, an diese Bemerkungen eine andere aus einem Aufsatz von Fuhr*) anzuschliessen: „Von den Anhängern der Laparatomie wird freilch, allseitig verlangt, dass sie möglichst frühzeitig, bevor noch die ungünstigen Folgen der Erkrankung eingetreten sind, zur Ausführung kommen müsse. So nahe diese Forderung liegt, so schwer lässt sie sich erfüllen. Es giebt eben kein frühzeitiges, pathognomisches Zeichen der inneren Incarceration und die Sicherheitsdiagnose lässt sich erst dann stellen, wenn jene Symptome vorhanden sind, die den Bauchschnitt so sehr compliciren. Akute Einklemmungen setzen schon mit Shokererscheinungen ein, nach Leichtenstern die Ursache des hierbei sofort auftretenden Erbrechens. Bei subakuten und chronischen Fällen kommt man, da die Kranken meist schon längere Zeit an Stuhlträgheit leiden, erst dazu, die Krankheit

*) Beiträge zur Enterostomie bei innerem Darmverschluss von Dr. Ferdinand Fuhr in Giessen. Münchener Mediz. Wochenschr. 1887.

zu vermuthen, wenn ein gewohntes Purgans oder Drasticum nicht den gewünschten Erfolg erzielt. Stellt sich später Erbrechen und Meteorismus ein, werden selbst Darmcontouren sichtbar, dann erst wird es zur Gewissheit, dass es sich um ein ernsteres Leiden handelt. Auf die blosse Vermuthung hin wird nicht jeder seinen Kranken der Gefahr einer Laparatomie mit genauem Durchsuchen der Eingeweide auszusetzen wagen — mit einer einfachen Probeincision ist es hier doch nicht gethan — nach Stellung der Sicherheitsdiagnose ist aber das verlangte „möglichst früh" schon vorbei. Hiezu kommt endlich noch ein Umstand, der jeden frühzeitigen Eingriff auch bei schon ausgesprochenen Symptomen in Frage stellt, der nicht allzu seltene spontane Rückgang der innern Einklemmung. Ja es bleibt nach den Mittheilungen von Curschmann, Bülau u. a. über die Häufigkeit dieses Vorkommnisses und bei Berücksichtigung des Umstandes ferner, dass die berechneten 42 resp. 30 Prozent Heilungen durch die Laparatomie sich in Wirklichkeit um ein Beträchtliches reduziren, bis auf weiteres dahin gestellt, ob es überhaupt räthlich ist, einen derartigen Kranken zu operiren."

So verschieden wie die radikalen Grundsätze Credé's und das reservirte Verhalten Fuhr's bezüglich der Indicationen des Zeitpunktes der Operation, ebenso verschieden sind leider auch noch die Ansichten in Betreff der überhaupt vorzunehmenden

Operationen, wenn es sich auch in den erwähnten Verhandlungen des Chirurgen-Congresses herausgestellt hat, dass die Chancen der Enterostomie als der entscheidenden Ileus-Operation der Zukunft in letzter Zeit bedeutend gestiegen sind.

An der Hand der jetzt glücklicherweise sehr zahlreichen Casuistik und umfangreichen Literatur den Werth der heute in Betracht kommenden Operationen zu erwägen, fühlt sich natürlich der Verfasser nicht berufen. Auch würde ein solcher Versuch die engen Grenzen der vorliegenden Arbeit sicher überschreiten. Vielmehr will ich mich damit begnügen, nur die beiden mitgetheilten Fälle mit Rücksicht auf den durch die letzte Verhandlung des Chirurgen-Congresses geklärten Stand der Operationsfrage zu analysiren.

Nur möchte ich vorher nicht unterlassen, wenigstens kurz auf einige neuere Versuche von Rehn und Curschmann aufmerksam zu machen, die jetzt noch nicht genug erprobt sind und zu vereinzelt dastehen, um schon definitiv auf ihren Werth oder Unwerth hin beurtheilt zu werden, die aber vielleicht eine grosse Zukunft haben.

Rehn hat nämlich in einigen Fällen die Auspumpung des Magens bei bereits geöffneter Bauchhöhle vorgenommen, vorausgesetzt, dass der vorliegende Ileusfall überhaupt eine Laparatomie erforderte, und will damit bessere Erfolge erzielt haben, als mit Magenausspülungen vor der Operation. (Bezüglich der näheren

Détails verweise ich auf seine in der Literaturangabe bemerkte Arbeit.) Seine Ausführungen sind sehr ansprechend, ob er indessen bei einer Auspumpung des Magens in der Narkose stets im Stande sein wird, eine Aspiration von Darminhalt zu vermeiden, scheint mir doch mehr als zweifelhaft zu sein.

Curschmann schlägt als Methoden der nicht eingreifend operativen Ileus-Therapie vor: „Lufteinblasungen in den Darm vom Rectum aus" und „die Punction der meteoristischen Darmschlinge mittelst Hohlnadel zur Ablassung der dieselben auftreibenden Gase." Diese Lufteinblasungan vom Rectum aus übt Curschmann fast ausschliesslich in den Fällen, wo die Ursache der Undurchgängigkeit an einer tief gelegenen Stelle des Darmrohrs, besonders des colons gelegen ist. Die Technik des Verfahrens ist gleich der des von Ziemssen angegebenen zur diagnostischen Aufblähung des colons. Curschmann will in den geeigneten Fällen schöne Erfolge damit erzielt haben, immer Erleichterung und folgende Stuhlentleerungen, einige Male sogar dauernde Besserung.

Ausserordentlich ermuthigend sind die Resultate seines Punctions-Verfahrens. In einigen Fällen hat die Punction als Radicaloperation gewirkt und dauernde Besserung zur Folge gehabt, in allen hat dieselbe symptomatisch ausserordentlich erleichternd gewirkt, in keinem der Fälle hat die Punction peritonitische Erscheinungen hervorge-

rufen. Zieht man noch in Erwägung, dass die Punction, wie sie Curschmann ausführt*), eine sehr einfache und nicht widrige Operation ist, so liegt wirklich die Frage ausserordentlich nahe, ob man nicht die Verpflichtung hat, vor jeder Ileus-Operation erst zu punctiren. Entschieden wird natürlich diese Frage erst werden können, wenn mehr Material bezüglich der angegebenen Punctionsmethode vorliegt.

Ich kehre nun zu unseren Fällen zurück.

Im ersten Falle (Boots, 65 Jahre alt, seit 11 Tagen von einem acut einsetzenden Ileus befallen), hatte auch keine sichere Diagnose bezüglich der Art der Darmocclusion gestellt werden können. Zwölf Tage war Patient vergeblich mit internen Mitteln behandelt worden. Sein Allgemeinbefinden war bereits ein sehr bedenkliches. Eine Operation war also auf alle Fälle geboten. Kaum die Laparatomie! Der Leib des Patienten war ausserordentlich aufgetrieben, es war also nicht anzunehmen, dass der Operateur nach ausgiebiger Eröffnung der Bauchhöhle im Stande sein würde, die stark geblähten Därme ohne weiteres und in kurzer Zeit zu reponiren. Dazu kam noch, dass der Pat. bereits colla-

*) Curschmann verwendet zur Punction eine Hohlnadel, nicht dicker als die Pravaz-Nadel und leitet die Darmgase durch einen an derselben befestigten Schlauch in ein mit Salicyllösung gefülltes Gefäss, so dass er also 1. den sonst mit der Punction verbundenen Gestank vermeidet und 2. stets die Menge der ausgeströmten Gase controliren kann.

birt war. Ihm eine energische Untersuchung des Inhalts der Bauchhöhle, selbst unter den möglichen Cautelen (Einhüllen der ausgepackten Därme in warme in Salicyllösung getauchte Tücher) zuzumuthen, wäre wohl schwerlich am Platze gewesen.

Es ist eine nun nicht mehr bestrittene Thatsache, dass der durch eine zu eingreifende Manipulation mit den Därmen veranlasste Shok sehr häufig die direkte Todesursache der bei Ileus Laparatomirten ist. Erwog man noch ausserdem, dass die Laparatomie mit der sich an sie schliessenden Aufsuchung des Hindernisses und der Radikaloperation eine verhältnissmässig lange Zeit in Anspruch genommen hätte, so war mit Rücksicht auf die gesunkenen Kräfte des Pat. sicherlich die weniger eingreifende Operation der Enterostomie am Platze, mit dem Vorbehalt, später, unter günstigeren Operationsbedingungen, wenn P. sich erholt hatte, die Laparatomie und Radikaloperation vorzunehmen. Natürlich vorausgesetzt, dass die Enterostomie nicht allein schon zu einer definitiven Heilung führte.

Fuhr sagt diesbezüglich: „Selbst bei unheilbaren Leiden des Kehlkopfes wird der Kranke im Falle der Erstickungsgefahr tracheotomirt, und einen Menschen mit Harnverhaltung überlässt man nicht seinem Schicksal, wenn dieselbe nicht mit den gewöhnlichen Hülfsmitteln zu beseitigen ist. In Folge eines langhergebrachten Schlendrians ist seither für

die Ileus-Kranken in gleicher Weise, allgemein so gut wie garnichts geschehen. Und doch sind die Verhältnisse hier wie dort bezüglich der Indikationen völlig gleich, nur bezüglich des chirurgischen Eingriffes besteht der Unterschied, dass die systematische stets zu fordernde Entorostomie in sehr vielen Fällen auch als Radikaloperation wirkt. Dass man es nicht einem glücklichen Ungefähr zu danken hat, wenn sich hiernach wieder der natürliche Weg herstellt, sondern dass die Operation da, wo die Restitutio ad integrum überhaupt möglich ist, so wirken muss, beweisst eine nicht geringe Zahl von Radikalheilungen aus der Literatur zur Genüge."

Weiter unten: „Viermal (unter 8 Fällen) stellte sich nach der Operation (Enterostomie) der normale Weg wieder her."

Dieselbe Thatsache bestätigt Schönborn (Würzburg) (Verhandlg. des Chirurg. Congr. April 1887. Bd. I. S. 71).

Und Schede sagt: „Es scheint mir eine bisher noch wenig bekannte und jedenfalls noch nicht hinreichend gewürdigte Thatsache zu sein, dass die Anlegung des künstlichen Afters keineswegs in allen Fällen nur einen palliativen Erfolg hat, sondern dass sie gar nicht so selten schon an sich ausreicht, um das Hinderniss für die Kothbewegung zu beseitigen

und auf die Dauer normale Verhältnisse wiederherzustellen. Während auf der andern Seite jede Laparatomie auch wieder Verwachsungen und Pseudoligamente zurücklässt und dadurch zu Ileus Veranlassung geben kann".

Trotzdem war der Operateur in unserm Falle wohl berechtigt, von der Enterostomie abzusehen und zur Laparatomie zu schreiten.

Alle Anzeichen sprachen dafür, dass der vorhandene Ileus mit einer Peritonitis complicirt war. (Die Sektion hat später diese Diagnose vollauf bestätigt). Wurde nun die Enterostomie gemacht, ohne dass die bestehende Bauchfellentzündung berücksichtigt wurde, so war der exitus in Folge der Peritonitis noch immer zu befürchten, selbst wenn sonst alles glücklich ablief. Und um diese zu berücksichtigen, war eine Operation am Platze, die der Indication des Ileus und der bestehenden Entzündung zugleich genügte. Wenn auch die Prognose quoad vitam durch eine so eingreifende Operation wie die Laparatomie unter den bestehenden ungünstigen Verhältnissen immerhin eine sehr betrübende sein musste, so bot sie in diesem Falle immerhin mehr Chancen, als die nur einseitig den Ileus in Angriff nehmende Enterostomie. Bei dieser Erwägung bin ich mir dessen wohl bewusst, dass die directe operative Behandlung der Peritonitis, speciell der septischen noch nicht gerade glänzende Erfolge aufzuweisen hat; andrer-

seits aber der Meinung, dass die Prognose einer schon bestehenden Peritonitis, welche nicht operativ behandelt, und dazu noch beeinträchtigt durch eine vorübergehende Eröffnung der Bauchhöhle und die bei Anlegung eines künstlichen Afters nicht völlig zu vermeidenden Unreinlichkeiten wird, unbedingt die denkbar ungünstigste sein muss. —

Nachdem durch einen langen Schnitt in der linea alba die Bauchhöhle geöffnet worden war, stellte es sich heraus, dass die Occlusionsstelle nicht so schnell, als es der hinfällige Zustand des Kranken verlangte, gefunden werden konnte. Infolge dessen wurde, wie oben ausführlicher berichtet, um der indicatio vitalis zu genügen und die Reposition der geblähten Därme zu ermöglichen, nachträglich die Enterostomie gemacht. Trotzdem erfolgt noch in der Nacht der Tod; wahrscheinlich unter dem gemeinschaftlichen Einflusse des Shoks der Operation, der bestehenden Entkräftung durch den lang andauernden Ileus und der vorhandenen ausgebreiteten Peritonitis.

Ueberblicken wir noch einmal den Verlauf der Operation, so wird dieselbe besonders interessant durch die Thatsachen, dass trotz ergiebiger Oeffnung der Bauchhöhle das Hinderniss doch nicht sicher gefunden wurde. Bekanntlich theilen sich die Anhänger der primären Laparatomie (im Gegensatz zur Enterostomie mit ev. später folgendem Bauchschnitt) in 3

Gruppen. Die Einen verlangen eine möglichst ergiebige Oeffnung der Bauchhöhle in fast der ganzen Ausdehnung der linea alba (Kümmel), die Andern eine gerade für die Einführung der Hand ausreichende und Operation ohne Controle des Auges, nur durch den tastenden Finger geleitet (Treeves). Die Mitglieder der dritten Gruppe stehen in der Mitte zwischen diesen Beiden. Nach ihnen wird zwar auch nur eine handbreite Incision in die Bauchdecken gemacht, jedoch nicht im Dunkeln operirt, sondern eine Darmschlinge nach der andern zur Untersuchung aus der Oeffnung hervorgezogen, während zugleich von einem Assistenten die revidirten Intestina immer wieder reponirt werden. (Hulke, Mikulicz). Indessen darin stimmen alle Gruppen überein, dass das Vorzügliche ihrer Methode (der Laparatomie) darin besteht, dass sie den Sitz des Hindernisses direkt aufsuchen, wenn sie ihn nicht schon durch äussere Untersuchung vor Oeffnung der Bauchhöhle gefunden haben, kurz, dass sie „lokal behandeln". Unser Fall ist ein schlagender Beweis dafür, dass auch die lokale Behandlung nicht immer zum Ziele führt, und diese Thatsache verdient um so eher gewürdigt zu werden, als sie durchaus nicht vereinzelt dasteht, sondern eine grosse Menge analoger Fälle in der Literatur vorhanden ist und deswegen, weil das Hinderniss trotz ausgiebiger Oeffnung der Bauchhöhle nach Kümmel nicht gefunden wurde. Bezüglich der Methode von Treeves und

Mikulicz gestatte ich mir eine Bemerkung von Madelung aus seinem gelegentlich des 16. Chirurgen-Congresses gehaltenen Vortrag heranzuziehen: „Es unterliegt keinem Zweifel, dass man nach Treeves Vorschlag verfahrend in der grösseren Anzahl der Fälle nach Mikulicz immer noch in einer sehr grossen Anzahl durch die Laparotomie nicht einmal zur Diagnose des Sitzes der Obstruktion kommt, dass das Gelingen des Behandlungsgedankens fast vollständig vom Zufall abhängt. In denjenigen Fällen, in denen ich selbst so verfahren und nicht zum Ziele gelangt bin, habe ich, wenn die Sektion möglich war, den pathologischen Anatomen gebeten, an der Leiche nochmals in derselben Weise nach dem Sitze der Einklemmung zu suchen, ihm 10 bis 20 Minuten Zeit gegeben, und habe ausnahmslos die freilich zweifelhafte Genugthuung gehabt, dass dieser auf diesem Wege auch nicht die Einklemmung fand. Es ist weiter bedenklich, dass nach dem Verfahren Treeves-Mikulicz nur allzuleicht mehrfache Hindernisse, wie sie ja oft vorkommen, übersehen werden können".

Es ist klar, dass in unserm Falle der Operateur nicht anders verfahren konnte, als oben beschrieben; wenn trotzdem der exitus letalis nicht ausblieb, wie übrigens vorausgesehen wurde, so ist das auf Rechnung der Thatsache zu schreiben, dass der Kranke zu spät in chirurgische Behandlung kam.

Der zweite Fall (Chr. Goldberg) kann unser

Interesse natürlich nicht so in Anspruch nehmen, wie der erste, weil er nicht zur Operation kam. Uebrigens mit Recht nicht sofort zur Operation kam, da auf die Kussmaul'schen Magenausspülungen hin zweimal spontan Stuhl erfolgt, und daher hier ausnahmsweise Abwarten am Platze war. Der Pat. starb einige Stunden später; offenbar befand sich derselbe bereits in einem solchen Zustande der Entkräftung, dass ihn auch eine Operation nicht mehr gerettet hätte.

Die Operation hätte, wenn sie stattfand, wohl zunächst in der Enterostomie und ihr zweiter Akt in der ev. später in der Laparotomie und Radikaloperation bestehen müssen. Für die sofort nach den Kussmaul'schen Magenausspülungen vorgenommene Enterostomie wären übrigens die Ausspülungen eine günstige Vorbereitung gewesen. Eine nicht selten vorkommende Todesursache nach Ileus-Operation sind bekanntlich Schluckpneumonieen, die auf Kothbrechen während der Operation zurückzuführen sind. Nach vorhergegangenen Magenausspülungen dürften dieselben wohl vermieden werden. — —

Werfen wir nun noch einen Rückblick auf unsere Betrachtungen, so können wir wohl kurz folgendes resumiren:

Eine Operation erforderte die indicatio vitalis unbedingt in beiden Fällen; im zweiten die Enterostomie, im ersten mit Rücksicht auf die bestehende Peritonitis die Laparotomie. Ob später durch Radi-

kaloperation auch der indicatio causalis hätte genügt werden können, lässt sich wohl kaum mit Sicherheit entscheiden. Jedenfalls ist es zweifelhaft, ob sie in unserm zweiten Falle definitive Heilung gebracht hätte, indem es sich um sehr komplicirte Adhäsionen und bereits chronisch gewordene Verengerungen des Darmlumens handelte.

Ausserdem war in beiden Fällen die Prognose der Operation ausserordentlich dadurch getrübt, dass dieselben zu spät in chirurgische Behandlung kamen.

Durchdrungen von der Ueberzeugung, dass diese Thatsache es leider ist, die die meisten Operationen bei Ileus vergeblich macht, kann ich nicht umhin, meine Arbeit mit den schon einmal citirten Worten Credé's zu beendigen:

„Es ist die dringende Pflicht der Chirurgen im Kreise der praktischen Aerzte die Ueberzeugung von der Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit einer dem Ileus vorhergehenden Operation zu verbreiten und dadurch einer grossen Anzahl von Kranken, die sonst dieser fürchterlichen Krankheit zum Opfer fallen würden, das Leben zu erhalten".

Zum Schlusse erfülle ich hiermit noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Helferich, der mir das Material zu der vorliegenden Arbeit zur Verfügung stellte und mich bei der Anfertigung derselben auf das Liebenswürdigste unterstützte, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Langenbecks Archiv für Chirurgie. Sechsundzwanzigster Jahrgang. Band 1. Heft 1, 2 und 3.

Verhandlungen des 16. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 1887.

Bardeleben, Beiträge zur Behandlung des Ileus. Berliner klinische Wochenschr. 1885.

Fuhr, Beiträge zur Enterostomie bei innerem Darmverschluss (aus der chirurgischen Klinik in Giessen). Münchener Med. Wochenschrift. Heft 9 und 10. 1887.

Rehn, Centralblatt für Chirurgie. Heft Nr. 30. 1887.

H. Curschmann, Einige Bemerkungen zur Behandlung des durch acute Darmverschliessung bedingten Ileus. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1887.

Lebenslauf.

Ich, Nathan Golliner, praktischer Arzt aus Nakel, bin am 1. Januar 1860 als Sohn des verstorbenen Lehrers H. D. Golliner und seiner Ehefrau Rosalie, geb. Buschke, geboren. Ich besuchte die Gymnasien Nakel und Rogasen, erhielt auf letzterem am 18. Septb. 1876 das Zeugniss der Reife, studirte bis Michaeli 1879 Mathemathik und Philosophie auf den Universitäten Breslau und Berlin und war darauf drei Jahre als Hauslehrer thätig. Das Studium der Medicin begann ich Michaeli 1882 auf der Universität Greifswald, bestand daselbst im Juni 1884 die ärztliche Vorprüfung, ging darauf nach Berlin, kehrte Ostern 1885 wieder nach Greifswald zurück, genügte daselbst im Sommerhalbjahr 1886 meiner militärischen Dienstpflicht mit der Waffe beim 42. Regiment, beendete am 12. Mai 1887 das ärztliche Staatsexamen, bestand 14 Tage später das Examen rigorosum und absolvirte darauf meine militär-ärztliche Dienstpflicht vom 1. Juli bis 31. Dezember 1887 beim II. Garde-Regiment zu Fuss. Während meiner Studienzeit hörte ich Vorlesungen bei den Herren:

Arndt, von Bergmann, Beumer, Bobertag, Bruns, A. Budge, Budge, von Feilitzsch, A. Fränkel, Gerstäcker, Haeckermann, Helferich, Krabler, Kronecker, Landois, Leyden, Limpricht, Meyer, Mosler, Münter, Peiper, Pernet, Pernice, von Preuschen, Rosanes, Rinne, Schirmer, Schondorff, Schröder, Schröter, Schulz, Schulze, Sommer, Strübing, Virchow, Vogt, Weber, Weiland, Weyerstrass.

Allen diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich hierdurch meinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

In den meisten Fällen von Darmverschluss ist als primäre Operation die Enterostomie der Laparatomie vorzuziehen.

II.

Es ist vortheilhaft, der Operation bei Ileus eine Ausspülung des Magens vorauszuschicken.

III.

Aus hygienischen Rücksichten ist es wünschenswerth, dass zum Schulkollegium eine Medizinalperson gehört.